FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1966 T H E S E N° 311

pour le

D O C T O R A T  E N  M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Jacques SDIKA

Externe des Hôpitaux de Paris

né le 2 Novembre 1939

à SFAX (Tunisie)

-o-o-

Présentée et soutenue publiquement le

-o-o-

# A PROPOS D'UN CAS DE RETICULO-SARCOME DE LA RATE

-o-o-

Président: Monsieur BARIETY, Professeur

-o-o-

Extrait des Hôpitaux de Paris

né le 2 Novembre 1959

à STAX (Tunisie)

-o-o-

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Présentée et soutenue publiquement le

-o-o-

Année 1966 T H E S E N°

A PROPOS D'UN CAS DE

RHUMATISME-SARCOME DE LA RATE

pour le

-o-o-

DOCTORAT EN MEDECINE

Président: Monsieur PARLIER, Professeur

(DIPLOME d'ETAT)

par

Jacques SOLIKA

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK
- LEIDEN -

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1966 T H E S E N°

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Jacques SDIKA

Externe des Hôpitaux de Paris

né le 2 Novembre 1939

à SFAX (Tunisie)

-o-o-

Présentée et soutenue publiquement le

-o-o-

# A PROPOS D'UN CAS DE RETICULO-SARCOME DE LA RATE

-o-o-

Président: Monsieur BARIETY, Professeur

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545816_0050

1/1/1966

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard(H) Gaudart d'Allaines (F.de), Gennes (L.de), Halphen(E) Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal(E.), Lian (C.), Marchal(G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet(P), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet(C) Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN ..... Georges BROUET.

1er ASSESSEUR..... Daniel BARGETON.

2e ASSESSEUR..... Jean GOSSET.

## I. - PROFESSEURS

### 1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires : MM.

Anatomie..... DELMAS (A.)

Anatomie et cytologie pathologiques ..... DELARUE (J.)

Anesthésiologie..... BAUMANN (J.)

Bactériologie et virologie..... TOURNIER (P.)

Biochimie médicale..... JAYLE (M.-F.)

..... POLONOVSKI (J.)

Biologie appliquée à l'éducation physique et aux Sports..... MALMEJAC (J.)

Biologie médicale..... FAUVERT (R.)

Biophysique médicale..... BUGNARD (L.)

— ..... DOGNON (A.)

— ..... DJOURNO (A.)

Cancérologie médicale et sociale.. DENOIX (P.)

Chimie pathologique..... SCHAPIRA (G.)

Embryologie..... TUCHMANN (H.)

Génétique fondamentale..... LEJEUNE (J.)

Histoire de la médecine et de la chirurgie..... COURY (Ch.)

Histologie..... GIROUD (A.)

Hygiène et médecine préventive.... BOYER (J.)

Médecine du Travail..... DESOILLE (H.)

Médecine légale..... DEROBERT (L.)

Microbiologie (Bactériologie et virologie)..... FASQUELLE (R.)

Parasitologie..... BRUMPT (L.-C.)

Pathologie chirurgicale..... LAURENCE (G.)

— ..... KUSS (R.)

— ..... VERNE (J.-M.)

Pathologie exotique..... N...

Pathologie expérimentale et comparée..... MERKLEN (F.-P.)

Pathologie médicale..... LAROCHE (Cl.)

— ..... BRICAIRE (H.)

— ..... PEQUIGNOT (H.)

Pathologie respiratoire ..... TURIAF (J.)

Pathologie et
thérapeutique générales ..... N...

Pharmacologie ..... CHEYMOL (J.)

_ ..... LEVY (Mlle J.)

Physiologie ..... BARGETON (D.)

_ ..... PARROT (J.)

Physiologie et
pathologie obstétricales..... LEPAGE (F.)

Radiologie médicale..... DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et
Chirurgie expérimentale ..... CAUCHOIX (J.)

Thérapeutique ..... CONTE (M.)

Thérapeutique appliquée ..... LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie ant OLIVIER (G.)

Anatomie pathologique ..... NEZELOF (CH.)

Bactériologie ..... BARBIER (P.)

Biochimie médicale ..... DESGREZ (P.)

_ ..... DREYFUS (J.-Cl.)

Biologie médicale ..... BOURLIERE (F.)

Histologie ..... COUJARD (R.)

Parasitologie ..... LARIVIERE (M.)

Pathologie expérimentale ..... LOEPER (J.)

_ ..... RICHET (G.)

Physiologie ..... DEJOURS (P.)

_ ..... ROUCAYROL (J.Cl)

_ ..... SCHERRER (J.)

Physique médicale ..... KELLERSHOHN (L.)

_ ..... GOUGEROT (L.)

_ ..... TUBIANA (M.)

Radiologie médicale ..... FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires : MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) .....REDON (H.)

Clinique cardiologique (Broussais) ..... SOULIE (P.)

(Boucicaut) ..... LENEGRE (J.)

Cliniques chirurgicales :

Beaujon ..... LORTAT-JACOB(J.-L.)

_ ..... N...

Cochin ..... LEGER (L.)

Hôtel-Dieu ..... PATEL (J.)

Saint-Antoine ..... COSSET (J.)

Salpêtrière ..... SICARD (A.)

Tenon ..... OLIVIER (CL.)

Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin) ..... MERLE d'AUBINE(R.)

(Foch) ..... PADOVANI (P.)

Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-malades) ..... FEVRE (M.)

Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..... DUBOST (Ch.)

Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) MATHEY (J.)

Clinique dermatologique (Saint-Louis) ..... DUPERRAT (F.)

Clinique endocrinologique (Pitié). DECOURT (J.)

Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..... LAMY (M.)

Clinique gynécologique (Broca).... HUGUIER (J.)

Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) ..... TURPIN (R.)

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) ..... DEGOS (R.)

Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..... MOLLARET (P.)

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) .. DELAY (J.)

Clinique des maladies métaboliques (Necker) ..... HAMBURGER (J.)

Clinique des maladies du sang (Broussais) ..... BERNARD (J.)

Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) ..... CASTAIGNE (P.)

Cliniques médicales :

Bicêtre ..... DEPARIS (M.)

Broussais ..... MILLIEZ (P.)

Cochin ..... BROUET (G.)

Hôtel-Dieu ..... BARIETY (M.)

Lariboisière ..... SEZE (S. de)

Pitié ..... DREYFUS (G.)

Saint-Antoine ..... KOURILSKY (R.)

– ..... BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..... DEBRAY (Ch.)

Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-malades) MARIE (J.)

Clinique médicale propédeutique (Broussais) JUSTIN-BESANCON

Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) ..... DEROT (M.)

Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) ..... DAVID (M.)

Clinique neurologique (Salpêtrière) ..... GARCIN (R.)

Cliniques obstétricales :
(Baudelocque) ..... LACOMME (M.)
(Saint-Antoine) ..... MERGER (R.)

Clinique obstétricale et gynécologie (Port-Royal) ..... VARANGOT (J.)

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) ..... OFFRET (G.)

(Cochin ) ..... BRUGEAT (P.)

Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (M.)

Clinique de pédiatrie ..... MOZZICONACCI (P.)

Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) ..... THIEFFRY (S.)

Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec) ..... BERNARD (E.)

Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..... MICHAUX

Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)..... COSTE (F.)

Clinique stomatologique (Salpêtrière) ..... DECHAUME (M.)

Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..... ROUX(M.)

Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..... LEMAIRE (A.)

Clinique toxicologique ..... GAULTIER (M.)

Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré) ..... JUDET (R.)

Clinique urologique (Cochin) ..... ABOULKER (P.)

_ _ (Necker) ..... COUVELAIRE (R.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..... LAPLANE (R.)

Séméiologie médicale (A. Chantin) .. DOMART (A.)

_ _ (Lariboisière) BOUVRAIN (Y)

_ _ (Pitié) ..... RAMBERT (P.)

_ _ (Rothschild) .. WOLFROMM (R.)

seméiologie et clinique chirurgicale (Broussais) ..... POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie ..... ANDRE (R.)

_ ..... BOUSSER (J.)

Hydrologie et climatologie ..... GIBERTON (A.)

Maladies infectieuses ..... BASTIN (R.)

Médecine ..... AZERAD (E.)

_ ..... BOUR (H.)

_ ..... CABROL (Ch.)

_ ..... GROSSIORD (A.)

_ ..... LAMBLING (A.)

_ ..... LAUNAY (Cl.)

_ ..... PAYET (M.)

_ ..... PERRAULT (M.)

_ ..... SIGUIER (F.)

_ ..... WORMS (R.)

Neuro-chirurgie ..... LE BEAU (J.)

Neurologie ..... LHERMITTE (F.)

Neuro-psychiatrie ..... PICHOT (P.)

Oto-Rhino-Laryngologie ..... MADURO (R.)

Pédiatrie ..... POLONOVSKI (Cl.)

_ ..... ROYER (P.)

Pneumo-Phtisiologie ..... KREIS (B.)

_ _ ..... MEYER (A.)

Rhumatologie ..... DELBARRE (F.)

## II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique ..... GOUYGOU (Ch.)

Anesthésiologie ..... VOURC'H (G.)

Bactériologie ..... CHRISTOL (D.)

Biochimie médicale ..... CARTIER (P.)

_ _ ..... GONNARD (P.)

Biologie médicale ..... HARTMANN (L.)

Hématologie ..... BILSKI-PASQUIER(G)

Maladies infectieuses ..... DUPONT (V.)

Physique médicale ..... COURSAGET (J.)

_ _ ..... GREMY (F.)

Physiologie ..... GIRARD (Fr.)

Stomatologie ..... CHAPUT (Mme A.)

Thérapeutique ..... CHASSAGNE (P.)

## III. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie ..... HAUDUROY (P.) Pr.Sch

Pathologie chirurgicale ..... RUDLER (J.) Pr.s ch

## IV. - PROFESSEUR ASSOCIE

Statistique médicale et épidémiologique ..... SCHWARTZ (D.)

A la mémoire de mon père,

A ma mère,
avec toute mon affection et
toute ma reconnaissance

A ma famille,

A tous mes amis.

A notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur BARIETY,

Professeur de Clinique Médicale

à l'Hôtel Dieu,

Commandeur de la Légion d'Honneur,

Membre de l'Académie de Médecine

qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse,

En hommage de respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur POULET,

Médecin des Hopitaux de Paris,

Professeur Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris,

Qui nous a confié le sujet de cette thèse et guidé dans son élaboration,

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A nos Maîtres de la
Faculté de Médecine de Paris,

A nos Maîtres d'Externat:

MM. les Professeurs Agrégés

HOUDARD

CANLORBE

BETOURNE

POULET

BONFILS

Monsieur le Professeur

LAMBLING

HOMMAGES RESPECTUEUX.

A notre Jury de thèse,

A nos camarades d'Externat.

# GENERALITES

D'après la définition générale que donnent BENHAMOU et LAFFARGUE des Sarcomes de la rate, on peut désigner plus particulièrement sous le nom de RETICULO-SARCOMES de la RATE, des néoplasies malignes primitives du tissu réticulaire de cet organe.

Ces tumeurs sont de connaissance récente puisque leur existence était encore mise en doute par VIRCHOW en 1876.

Actuellement, les progrès de l'Anatomie Pathologique et des divers moyens d'exploration paraclinique permettent de poser le diagnostic du vivant du malade.

La Ponction splénique, quand elle est possible, reste l'examen de choix; mais la négativité des résultats ne peut exclure le diagnostic, et c'est parfois la laparotomie exploratrice qui découvrira la tumeur splénique et permettra à l'anatomo-pathologiste de porter le diagnostic de certitude.

La splénectomie précoce reste la seule thérapeutique actuelle permettant des survies prolongées.

-o-o-
o

## HISTORIQUE

La première observation publiée de SARCOME de la RATE semble être celle de BACELLI en 1876 (cité par CERRA).

WIRCHOW écrit en 1887 : "l'existence des Sarcomes primitifs de la Rate me paraît sinon douteuse, du moins excessivement rare".

En 1881, WEICHSELBAUM esquisse une classification en Fibrosarcomes, Lymphosarcomes et Sarcomes endothéliaux.

En 1912 FOIX et ROEMMELE, grâce à la ponction splénique, portent le diagnostic de Réticulo-Sarcome nodulaire, du vivant du malade, en donnent une description minutieuse, et séparent les Sarcomes des autres splénomégalies primitives et des rates pseudo-tumorales.

En 1923 SMITH et RUSK reprennent l'histogénèse de la tumeur, se conformant dans l'ensemble aux vues de WEICHSELBAUM.

De 1928 à 1938, OBERLING publie le résultat de ses recherches fondamentables sur l'histogénèse des RETICULO-SARCOMES.

Il convient également de citer les travaux plus récents de BENHAMOU et LAFFARGUE, CROIZAT, GELIN et FLORES, OLMER et MURATORE.

## CLASSIFICATION

Il importe avant d'en aborder l'étude, de classer le RETICULO-SARCOME au sein des autres tumeurs primitives de la rate.

Les classifications proposées - toutes d'ordre histologique depuis le travail de FOIX et ROEMMELE en 1912 - sont nombreuses:

- LUBARSCH 1927
- CRACIUM et URSU 1933
- HAUSSMANN et GAARDE 1943
- BENHAMOU et LAFFARGUE 1950

Nous adopterons cependant la classification plus récente de GELIN et FLORES (1953) qui se fonde sur l'histogénèse de ces tumeurs, et dans laquelle le RETICULO-SARCOME trouve sa place.

- Tumeurs dérivant de la capsule et des travées:

= FIBRO-SARCOMES

- Tumeurs dérivant des formations lymphoïdes de la rate:

= LYMPHO-SARCOMES: - à petites cellules rondes
- à grandes cellules rondes

= Hyperplasie giganto-folliculaire (BRILL-SYMMERS)

- Tumeurs dérivant des éléments vasculaires:

= ENDOTHELIOMES: - vasculaires

- non vasculaires

= LYMPHANGIOMES

= HEMANGIOMES

- Tumeurs dérivant des inclusions embryonnaires:

= Kystes dermoïdes

= Kystes épidermoïdes

- Tumeurs dérivant du Système Réticulo-Endothélial:

= RETICULO-SARCOMES.

-o-o-
o

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le RETICULO SARCOME de la RATE ne se différencie des autres tumeurs malignes de cet organe ni par la clinique, ni par le pronostic. On ne peut noter pour ce type histologique qu'une moins grande sensibilité à la radiothérapie.

### I.- Examen macroscopique

L'aspect macroscopique à l'examen de la pièce ne permet pas le diagnostic de RETICULO SARCOME. En effet, les aspects retrouvés ne préjugent même pas de la nature bénigne ou maligne de la tumeur, puisqu'ils sont communs à toutes les tumeurs primitives de la rate.

Quatre aspects macroscopiques ont retenu l'attention de BENHAMOU et LAFFARGUE.; GELIN et FLORES les retrouvent également plus fréquemment:

- La forme nodulaire à petits, moyens ou gros nodules
- La forme nécrosante, très fréquente (BENHAMOU et LAFFARGUE)
- La forme massive homogène (BOSTICK)
- La forme angiomateuse.

OLMER et MURATORE adoptent pour leur part une classification différente, puisqu'ils ne retrouvent que deux aspects fondamentaux:

- La forme massive
- La forme nodulaire

à la section du parenchyme splénique, suivant l'importance des nappes ou des foyers néoplasiques. Pour ces derniers auteurs, ces deux aspects fondamentaux sont fréquemment modifiés par des foyers d'hémorragie ou de nécrose, réalisant quelquefois de véritables cavités pseudo-kystiques. Bien qu'ils en reconnaissent l'existence, OLMER et MURATORE ne donnent pas d'individualité propre aux formes angiomateuses et nécrosantes de BENHAMOU et LAFFARGUE. Pour OLMER et MURATORE, il est des cas où la lésion néoplasique évidente peut faire défaut, même lorsque la splénomégalie est très importante. Dans trois de leurs observations, la rate très grosse n'était pas déformée. A la coupe, on constatait la présence de tous petits nodules blanchâtres, plus irréguliers dans leur forme et leur répartition que des follicules normaux, mais n'imposant nullement le diagnostic de sarcome affirmé en dernier recours par l'histologie.

Ces aspects macroscopiques, s'ils ne préjugent pas de la structure histologique de la tumeur, peuvent constituer pour certains un facteur de pronostic. Ainsi pour OLMER et MURATORE, l'évolution serait meilleure dans les formes micro-nodulaires.

II.- Examen histologique

Cet examen seul va donner le diagnostic précis de RETICULO-SARCOME de la RATE. Il s'agit de tumeurs développées au dépens du tissu réticulaire de la rate. Ce tissu dont la rate constitue le réservoir essentiel est présent dans tout l'organisme; les tumeurs réticulaires ont donc des caractères communs que JEAN BERNARD résume ainsi:

" Allure syncitiale ou aspects morphologiques réticulaires. Noyaux à chromatine poussièreuse. Pouvoir évolutif vers un type pluri-cellulaire. Propriétés phagocytaires".

Au niveau de la rate, et du fait de la structure histologique spéciale de cet organe, les réticulo-sarcomes prennent l'aspect de nodules tumoraux centrés par une artériole.

On distingue deux grandes variétés histologiques:

- Le Réticulo-Sarcome indifférencié
- Le Réticulo-Sarcome différencié.

1°/ Réticulo-Sarcome indifférencié

D'observation assez rare (GELIN et FLORES n'en relèvent pas dix cas en 1953 dans la littérature). C'est du point de vue histologique le plus classique et le plus pur.

Le tissu tumoral est composé d'une masse protoplasmique syncitiale pauvrement délimitée, non

divisée ou à peine fenetrée (BOSTICK). Ce syncitium est très riche en noyaux offrant l'aspect bien connu de "culture de noyaux". De forme ronde ou légèrement ovale, ces noyaux ont une membrane nucléaire nette qui renferme une chromatine poussièreuse régulièrement répartie. Les figures mitotiques sont nombreuses. Le plus souvent, ces nappes syncitiales sont centrées par un vaisseau, en général, artériole centro-folliculaire, comme dans les cas de FOIX et ROEMMELE, GELIN GEORGEL et TORNER.

Les colorations argentiques mettent presque toujours en évidence un épaississement de la réticuline qui, en travées grossières, entoure les îlots néoplasiques, ou en expansions plus fines serpente dans le tissu sarcomateux lui-même: on parle alors de différenciation réticulaire.

2°/ Le Réticulo-Sarcome différencié

Il est caractérisé par une différenciation plus nette de la cellule réticulaire elle-même. Cette différenciation peut se faire dans plusieurs sens:

a) Dans le sens endothélial: ce sont les Réticulo-endothélio-sarcomes, dans lesquels les cellules ont un aspect endothéliforme, arrondi avec gros noyau, tandis qu'un stroma conjonctif fibrillaire dessine des cavités irrégulières tapissées par des cellules tumorales (BENHAMOU et LAFFARGUE, SABRAZES et DUPERIE); les impregnations argentiques laissent apparaître un réseau de fibres de réticuline.

b) Dans le sens hématopoïetique: l'évolution cellulaire se fait alors vers l'érythroblaste, le myéloblaste ou plus rarement le plasmocyte.

c) Dans le sens lymphopoïétique: la cellule réticulaire évoluant vers le lymphoblaste, on porte alors le diagnostic de Réticulo-lymphoblasto-sarcome. Cette dernière tumeur n'est pas exceptionnelle au niveau de la rate qui par sa pulpe blanche constitue un immense ganglion lymphatique.

d) Dans plusieurs sens, exceptionnellement : On note dans une observation de HOUCKE et FONTAN, une prolifération lymphoblastique caractéristique d'un lymphoblasto-sarcome, mais par ailleurs, la présence de myéloblastes, de plasmocytes et d'érytroblastes confère à cette tumeur un caractère hématopoïétique qui l'apparente au myéloblasto-sarcome, et pour finir, de véritables plages de protoplasme syncitial, renfermant les noyaux au réseau chromatinien extrêmement délicat, permettent d'évoquer avec certitude le réticulo-sarcome.

De même dans un de leurs cas, BENHAMOU et LAFFARGUE trouvent au niveau de la rate un réticulo-sarcome indifferencié, alors que la métastase est nettement lymphoblastique.

-o-o-
o

Les RETICULO-SARCOMES de la RATE sont des affections rares, aussi notre Maître, le Docteur POULET nous a incité à consacrer notre thèse à l'étude d'un cas observé dans le Service du Professeur BARIETY en raison de la difficulté du diagnostic, ainsi que des complications infectieuses post-opératoires susceptibles de faire suite à toute splénectomie, et qui n'ont été décrites que récemment.

x

x x

## OBSERVATION PERSONNELLE

Mr Lok... 58 ans, tailleur, est admis à la Clinique Medicale de l'Hôtel Dieu de Paris (Prof. DARIETY) le 1er Juin 1961. Depuis trois mois, il souffre de douleurs dans l'hypocondre gauche. Il a remarqué une altération de son état général et, recemment il a découvert de lui-même l'apparition d'une tuméfaction du flanc gauche. La douleur dont il se plaint est apparue brusquement. Elle est tres violente, mais non syncopale. Elle siège au dessous du rebord costal gauche d'où elle irradie dans le dos et vers le haut. Elle présente des paroxysmes qu'accompagnent des nausées. Par intermittences, elle revêt un caractère lancinant pouvant faire penser à une suppuration.

A l'examen, le malade est pâle: il a maigri de 4 kilos. Il est subfébrile: sa température oscille autour de 38°. Il se plaint d'une perte de l'appétit. Il n'existe aucun trouble du transit intestinal, pas davantage d'hémorragie digestive.

A l'examen de l'abdomen, on trouve dans l'hypocondre gauche une tumeur volumineuse, dure, régulière, lisse, dont le bord inférieur aisément palpable, n'apparait pas crenelé.

A la percussion, cette formation est mate et son bord supérieur atteint le 9ème arc costal gauche. Dans l'ensemble, c'est une masse arrondie de 12 cm. de haut et de 23 cm. sur la partie accessible de son diamètre transversal. Elle est visible car elle refoule la paroi : elle donne le contact lombaire; elle est peu mobile et modérément douloureuse. Au dire du malade, elle aurait rapidement augmenté de volume.

Le reste de l'examen physique ne montre rien d'anormal. L'auscultation du coeur est normale, la tension artérielle à 13/9, le pouls à 80 ; les artères périphériques sont aisément perceptibles. L'auscultation des poumons est normale; il n'y a pas d'hippocratisme digital. Le foie, augmenté de volume, dépasse le rebord costal de trois travers de doigt. Il est ferme, régulier, non douloureux. Les aires ganglionnaires sont libres. On ne constate aucune anomalie neurologique.

L'examen radiologique des poumons montre de discrètes opacités bien contrastées des deux sommets, traduisant une tuberculose ancienne, ignorée du malade.

La radiographie de l'abdomen sans préparation montre une importante opacité de l'hypocondre gauche, refoulant et abaissant le transverse et le côlon gauche, spontanément visible du fait de l'aérocolie.

Le pneumo-péritoine confirme la présence d'une ombre importante, très probablement splénique, déplaçant le gros intestin en bas et en dedans.

Le lavement baryté confirme que cette masse de l'hypocondre gauche abaisse l'angle colique correspondant, sans présenter de rapports intimes avec lui. Il s'agit très certainement d'une hypertrophie soit du rein, soit plus probablement de la rate.

Une tomographie horizontale de l'abdomen précise que cette opacité refoule la poche à air gastrique en arrière et en dedans, occupant tout l'hypocondre gauche, ce qui donne donc à penser que la tumeur est splénique plutôt que rénale.

Enfin, des tomographies faites après rétro-pneumo-péritoine confirment que cette volumineuse opacité est de nature non pas rénale, mais très certainement splénique, et qu'elle se retrouve sur tous les plans de coupe d'arrière en avant.

Par ailleurs, l'urée sanguine est à 0 g.40 par litre, l'amylasémie à 60 unités, le taux de prothrombine à 76%. L'électrocardiogramme est normal.

L'hémogramme dénombre 4.080.000 globules rouges, 5.000 globules blancs avec 69,5% de polynucléaires neutrophiles et 7% d'éosinophiles. Les formules sanguines ultérieures confirmeront la présence de cette éosinophilie que l'on retrouvera successivement à 4%,

7%, 14% et 10%. La vitesse de sédimentation est à 23 mm. dans la première heure, 52 dans la seconde, 105 dans la troisième.

Le malade est transféré dans le service de Clinique Chirurgicale de l'Hôtel Dieu (Prof. PATEL) en vue d'une intervention exploratrice et d'une exérèse éventuelle. L'anémie est compensée par des perfusions de sang pré-opératoire. La veille de l'intervention, l'hémogramme dénombre 4.550.000 globules rouges, 10.800 globules blancs dont 10% d'éosinophiles, 170.000 plaquettes.

L'intervention est faite le 29 Juin 1961 (Prof.agr. CORMIER) : laparotomie oblique qui sera prolongée en thoraco-phréno-laparotomie dans le 8ème espace. La tumeur très vascularisée est de la taille d'une petite citrouille; elle adhère surtout en arrière et en bas vers l'angle gauche; elle refoule à droite l'estomac qui est littéralement laminé; elle déborde dans la région coeliaque, moule sur sa convexité le pédicule hépatique, refoule en bas le mésocôlon. Le foie est normal; il n'y a pas d'adénopathies. La splénectomie est jugée possible. Elle est réalisée sans difficultés. Seule la libération des adhérences postérieures nécessite l'exérèse de la surrénale gauche et de la queue du pancréas. La paroi est refermée sur un drain pleural et un drain dans la loge splénique.

La pièce opératoire, qui pèse 1 Kg 750, est une sphère très vascularisée et l'on reconnait le tissu splénique, sauf au pôle inférieur gauche, siège de trois noyaux "en verre de montre", blancs, durs, et fibreux. La coupe passant par le plus saillant d'entre eux, libère un liquide clair, inodore, sans vésicules, et ouvre deux larges cavités nécrotiques communiquant entre elles.

L'examen histologique (Dr FEYEL), montre que la tumeur est un Réticulo-Sarcome syncytio-histiocytaire de la rate, très végétant, avec de volumineuses mitoses et de vastes plages de nécrose.

EN RESUME : il s'est bien agi d'une volumineuse splénomégalie isolée et fébrile apparue chez un homme de 58 ans. En fait, elle est très probablement plus ancienne qu'il n'a semblé au premier abord: quelques troubles digestifs apparus en 1956 avaient motivé des radiographies gastriques qui montraient alors un refoulement de la grande courbure et une opacité splénique volumineuse, déjà nettement visible à cette date. L'absence de cardiopathie et de signes de Paludisme, de Kala-Azar, les réactions de WEINBERG et CASONI négatives, permettaient de penser à une néoformation splénique primitive ou secondaire. L'allure évolutive, l'augmentation rapide de volume évoquaient la malignité de cette formation.

D'ailleurs, la tumeur était trop régulière pour être un lymphangiome. Il est à noter cependant qu'un antécédent de traumatisme violent survenu 18 ans auparavant,en déportation, au niveau de l'hypocondre gauche, aurait pu faire penser à l'éventualité d'un pseudo-kyste épithélial, bien que cette affection soit de façon habituelle l'apanage de la femme jeune.

Rien n'indiquait une maladie de système, rien n'orientait non plus sur une formation métastatique et rien non plus ne témoignait d'une extension péritonéale, pleurale ou pulmonaire.

Il est regrettable que n'aient pu être faites ni laparoscopie ni ponction splénique (mais l'éventualité d'un kyste hydatique ne pouvait être écartée, malgré la négativité des réactions de WEINBERG et de CASONI) ni surtout une scintillographie splénique.

-o+o-

o

# ETIOLOGIE

## I.- Fréquence

Les RETICULO-SARCOMES de la RATE sont rares. Ils totalisent environ la moitié des cancers spléniques dont CAMPBELL et LUTCHENKO recensaient en 1949 209 cas.

Aux Etats-Unis, KRUMBAAR (1926) ne relève sur l'ensemble des tumeurs malignes que 0,64% de néoplasies primitives de la rate. Ce chiffre bien qu'étant faible n'est pas négligeable, et malgré le nombre total peu élevé d'observations publiées, certains auteurs ont pu recueillir en quelques années, un nombre appréciable de cas personnels. Ainsi:

| | |
|---|---|
| BENHAMOU et LAFFARGUE: | 12 cas |
| CROIZAT et collaborateurs: | 6 cas |
| OLMER et MURATORE: | 11 cas |

En 1946, BENHAMOU retrouve dans la littérature moins de 100 cas de sarcome de la rate.

En 1950, il écrit que le nombre de sarcomes de la rate publiés et authentiques, atteint environ 200.

SMITH et RUSK en 1923, relèvent dans la littérature: 104 cas

| | |
|---|---|
| TASKER et HOWARD (1928-29) | 115 cas |
| BONNET (1941) | 140 cas |

HAUSSMANN et GAARDE (1943) 178 cas

BOSTICK (1945) 157 cas

LAZARUS et MARKS (1946) 178 cas

PAREIRA (1951) 189 cas

HOUSSELOT (1953) 195 cas

HIPSTEIN (1953) 195 cas

CERRA relève 50 cas nouveaux dans la littérature de 1950 à 1963.

La fréquence des sarcomes de la rate a été également étudiée sur des autopsies. Ainsi:

KRUMBAAR: 4 cas sur 6500 autopsies en 1927

LANGENSTRASS: 1 cas sur 6400 autopsies en 1935

BOSTICK: 4 cas sur 11.707 autopsies et sur 62.820 examens de pièces opératoires en 1945.

Montpellier a établi que l'indice de sarcomatisation s'élevait à mesure que l'on se rapprochait de l'Equateur; on pourrait alors penser que le grand nombre de cas invoqués par BENHAMOU et LAFFARGUE est dû au fait qu'ils ont été observés en Algérie.

OLMER et MURATORE font cependant état de 11 cas de sarcomes de la rate observés en France de 1953 à 1964.

Les sarcomes spléniques semblent aussi relativement fréquents en Italie où des cas récents ont été publiés.

(CERRA et Coll. 1963; GALLI et Coll. 1962; TANTUCCI 1961; LUCRAZI et Coll. 1954; MARIN et Coll. 1959; LOIACONO et Coll. 1963; TADDEI 1953).

Par contre, il est à noter que les cas publiés aux Etats-Unis sont très rares, et que peu d'observations nouvelles ont été enregistrées depuis la guerre.

II.- Physio-pathologie

Selon CERRA et CASCIONE, la rareté des processus néoplasiques primitifs ou secondaires au niveau de la rate serait en rapport avec un éventuel pouvoir de défense de l'organe qui empêcherait la greffe et la prolifération des éléments néoplasiques.

FICHERA et APOLANT montrent que la greffe des tumeurs expérimentales se fait plus facilement chez les animaux splénectomisés.

D'autres auteurs parmi lesquels BRAUNSTEIN évoquent la présence dans la rate d'anticorps particuliers, d'autres auteurs, de substances capables de neutraliser les cellules néoplasiques.

Les recherches de DE LONG et CONIAN sur la transplantabilité des tumeurs expérimentales au niveau de divers organes ont démontré que la rate n'offre aucune résistance à l'accroissement néoplasique.

III.- Causes favorisantes

L'étiologie reste évidemment inconnue, certains auteurs pensent cependant qu'il existerait une cause favorisante.

- La théorie infectieuse fut défendue en 1899 dans la thèse ROIG. Les germes les plus divers étaient alors incriminés.

- La Syphilis, la Tuberculose, le Paludisme, seraient pour certains auteurs, des causes favorisantes. SMITH et RUSK retrouvèrent 13% de Paludisme dans les antécédents des malades atteints de Sarcomes de la rate. Dans 4% des cas ils retrouvèrent des antécédents de Syphilis.

- Les traumatismes ont été aussi mis en cause. En 1910 dans "Journal of America Medical Association", on trouve l'observation d'un Sarcome de la rate qui s'était développé de façon rapide chez un homme dans les premières semaines qui suivirent un traumatisme violent de l'hypocondre gauche. Ce même antécedent traumatique est noté dans l'observation publiée par AMELINE en 1948.
On retrouve d'ailleurs également chez notre malade, un antécédent de traumatisme au niveau de l'hypocondre gauche survenu 18 ans auparavant.

IV.- Le Sexe

Il ne semble jouer aucun rôle, et les statistiques établies sont contradictoires.

SMITH et RUSK sur 83 cas comptent:

- 51 hommes
- 32 femmes

HAUSSMANN et GAARDE sur 127 cas:

- 73 hommes
- 54 femmes

BENHAMOU et LAFFARGUE pensent à une prédominance masculine, puisque sur 21 cas, ils retrouvent: - 9 hommes

- 3 femmes

Inversement CROIZAT comptant 5 femmes sur 6 cas et OLMER et MURATORE, 11 femmes sur 11 malades, concluent à une prédominance féminine.

V.- Age

Le Sarcome de la Rate se voit surtout après la quarantaine, rarement à un âge très avancé où l'on retrouve cependant certaines observations: CERRA (77 ans), CROIZAT (79 ans), BOSTICK (90 ans). Rarement aussi, on rencontre des Sarcomes spléniques chez de jeunes enfants: BOCKELMANN (1 an), SABRAZES (3 ans), BACELLI (13 ans), DOGLIONI (15 ans).

-o-o-
o

## SYMPTOMATOLOGIE

Cliniquement, le RETICULO-SARCOME de la RATE ne se distingue en rien des autres tumeurs spléniques primitives.

- La splénomégalie est le signe cardinal de l'affection. Elle présente des caractères cliniques variables. Au point de vue fonctionnel, certaines rates tumorales sont entièrement latentes; d'autres entraînent des manifestations allant de la simple pesanteur à la douleur véritable.

Les données de l'examen clinique varient suivant les observations.

La splénomégalie le plus souvent importante déborde le rebord costal. Elle peut être énorme, atteignant la crête iliaque ou même le petit bassin dans le cas de SABRAZES et DUPERIE.

Parfois, la rate est irrégulière, bosselée, voire marronnée, peu mobile, douloureuse à la palpation, tous signes ayant une valeur d'orientation certaine. Parfois aussi, il s'agit d'une hypertrophie sans modification de la forme. Il existe un bord antérieur net, avec ou sans incisure, une surface palpable lisse, une mobilité parfaite.

Les modifications de la consistance sont plus constantes. La fermeté, la dureté de la masse splénique sont habituelles dans le Sarcome de la rate.

Des phénomènes de nécrose dont la fréquence a été soulignée par BENHAMOU peuvent remanier de vastes zones qui apparaissent ainsi ramollies.

Les caractères évolutifs de cette splénomégalie sont très particuliers, les examens successifs montrant une augmentation de volume de mois en mois, on a pu parler d'une splénomégalie véritablement "agressive" (BENHAMOU) qui est hautement suggestive d'étiologie maligne. Mais ce mode de développement n'est qu'inconstamment rencontré.

- La douleur est un signe important. Elle accompagne plus ou moins rapidement l'apparition de la splénomégalie. Elle siège à l'hypocondre gauche et à la base de l'hémi-thorax gauche. Très souvent au début, il ne s'agit que de simples pesanteurs de la région splénique.

La douleur est variable selon les observations. Rarement il s'agit de la douleur intense avec paroxysmes, comme dans notre observation; le plus souvent, l'intensité de la douleur est modérée.

L'irradiation de la douleur se fait soit vers le haut dans l'épaule gauche, tournant parfois dans le dos; soit vers l'abdomen.

- L'atteinte de l'état général est habituel, elle se manifeste par un amaigrissement souvent rapide et une asthénie très marquée. Ces deux signes peuvent parfois manquer, ou n'apparaître que

de façon tardive.

- La fièvre est par contre un signe constant. Il s'agit souvent d'une fébricule : 38°, 38°5. Parfois la courbe de température est ondulante, rarement il s'agit d'une hyperthermie. Cette fièvre est remarquable par sa persistance et sa resistance aux antipaludiques et aux antibiotiques.

- La pâleur est fréquemment notée, elle est le reflet de l'anémie.

Telle est la symptomatologie habituelle du RETICULO-SARCOME de la RATE, qui en somme ne diffère en rien des autres Sarcomes de la rate.

-o-o-
o

## EXAMENS PARA-CLINIQUES

1.- L'Hémogramme: les modifications sont très variables, n'offrant jamais de caractère évoquant la maladie.

Si l'anémie est pratiquement constante, elle reste habituellement modérée, rarement en dessous de deux millions d'hématies.

L'hyperleucocytose est beaucoup plus rare, on a même signalé certaines formes où existait une leucopénie avec neutropénie.

2.- Le myélogramme est normal, il n'a que l'intérêt de montrer l'absence de Leischmanies et d'éliminer ainsi un Kala-Azar auquel aurait pu faire penser la splénomégalie.

3.- Les radiographies et les tomographies de l'abdomen sans préparation, montrent qu'une importante opacité de l'hypocondre gauche, abaissant et refoulant le côlon transverse et l'angle colique gauche qui est parfois visible du fait de l'aérocolie.

- Le pneumo-péritoine confirme la présence d'une ombre importante de l'hypocondre gauche, très probablement splénique.

- Le lavement baryté confirme que cette masse de l'hypocondre gauche abaisse l'angle colique correspondant sans présenter de rapports intimes avec lui.

Ces investigations radiologiques permettent de préciser qu'il s'agit très certainement d'hypertrophie soit du rein, soit de la rate.

Deux méthodes radiologiques permettent de rapporter cette image à une grosse rate plutôt qu'à une tumeur du rein:

1°/ Les Tomographies horizontales précisent que cette opacité y occupe tout l'hypocondre gauche, refoule la poche à air gastrique en arrière et en dedans, ce que ne ferait pas une tumeur du rein.

2°/ Les Tomographies après rétro-pneumopéritoine montrent que cette opacité n'est pas de nature rénale, mais très certainement splénique, et qu'elle se retrouve sur tous les plans de coupe d'arrière en avant.

En fait, la multiplication des épreuves radiologiques ne permet que de cerner le problème, et en définitive n'apporte guère plus de renseignements que l'examen clinique pour le diagnostic des Sarcomes de la rate.

4.- L'exploration aux hematies marquées au chrome 51 avec scintillographie splénique serait du plus grand intérêt en permettant de différencier une tumeur splénique d'une grosse rate de stase et d'une tumeur rénale.

- La scintillographie à l'or colloïdal marqué a été récemment proposée par CAROLI.
Il cite un cas de tumeur primitive de la rate diagnostiquée grâce à cette méthode. Le scintillogramme splénique était indiscutable, sa largeur de plus de dix centimètres, il conclut donc que la rate est agrandie, une rate normale ne captant pas ou très peu l'or marqué.
CAROLI retrouve une superposition parfaite entre le palper, le scintillogramme et la pièce anatomique sectionnée.

5.- OLMER et MURATORE ont insisté sur les données fournies par l'Electrophorèse.

Dans 8 de leurs 11 observations personnelles où elle a été pratiquée, ils trouvent une augmentation très marquée des alpha-2 globulines. Parfois, à un degré moindre, ils notent une augmentation des gamma globulines.
Ces auteurs estiment que devant une splénomégalie solitaire ou accompagnée de signes peu nombreux, la constatation d'une telle hyperglobulinémie parait avoir une grande valeur diagnostique.
Le malade de CAROLI chez qui le diagnostic ne fut porté que plus tard sur la scintillographie splénique présentait lors de la première hospitalisation, une splénomégalie qui était à peu près le seul signe clinique, la seule anomalie biologique étant justement une hyper alpha 2 globulinémie.

Mais OLMER et MURATORE reconnaissent cependant que ces mêmes perturbations protidiques sont fréquentes dans d'autres affections malignes du système hématopoïétique, dans la maladie de Hodgkin notamment.

6.- BENHAMOU et LAFFARGUE ont insisté sur l'intérêt de la Ponction Splénique.

Elle a pu dans un grand nombre de cas permettre le diagnostic (FOIX et ROEMMELE, P.E. WEIL et MOESCHLIN, OLMER et MURATORE).

En fait, si cette méthode peut du vivant du malade permettre de porter le diagnostic cytologique de l'affection en montrant jusqu'à 90% des cellules sarcomateuses sur le splénogramme (P.E WEIL et MOESCHLIN), en revanche, dans certains cas, la ponction splénique peut égarer le diagnostic.

Dans certaines tumeurs à forme nodulaire, la ponction peut ne porter que sur des fragments de tissu splénique sain. En outre, dans les Sarcomes de la rate, les nécroses et les abcès étant particulièrement fréquents, on risque de provoquer un essaimage ou une nécrose secondaire de la paroi.

Il est aussi un cas où l'on doit rejeter cet examen: lorsqu'en présence de cette grosse rate pratiquement isolée, on pense à un kyste hydatique.

- LOIACONO récemment en Italie a utilisé la ponction-biopsie splénique et loué les avantages de la méthode pour le diagnostic des tumeurs de la rate.

Celle-ci, faite après les précautions d'usage, retire, grâce à l'aspiration effectuée par une seringue pendant l'introduction progressive de l'aiguille au niveau du pôle inférieur de la rate, des fragments de tissu splénique, chacun d'une longueur de 4 à 6 millimètres. Ces fragments peuvent ensuite servir à pratiquer empreintes et frottis sur lames; placés dans un fixateur adéquat, ils permettront d'obtenir des coupes par les procédés histologiques habituels.

Cette méthode de Ponction-Biopsie de la rate, offre à l'évidence de grands avantages sur les simples ponctions spléniques. Cependant, malgré la statistique rassurante de LEONARDI et D'AGNOLO de Padoue, elle ne peut être considérée comme aussi inoffensive que la technique habituelle, et ne doit pour cela être confiée qu'à des mains expertes.

7.- L'épreuve de spléno-contraction à l'adrénaline de GREPPI-BENHAMOU est beaucoup moins intéressante car les renseignements qu'elle fournit sont variables d'un malade à l'autre.
Pour certains auteurs, l'épreuve d'abord positive se négative à mesure que la tumeur envahit le tissu splénique. Mais ce caractère se retrouve dans la plupart des rates fibreuses; il ne saurait donc constituer un critère pour le diagnostic de Sarcome de la rate.

Cette objection est également valable pour:

8.- La Splénoportographie qui n'aurait qu'un intérêt, celui de confirmer la nature splénique de la tumeur.

-o-o-
o

## COMPLICATIONS

Les complications peuvent survenir au cours de l'évolution, elles révèlent rarement la maladie. On a pu signaler:

- Une ascite que BENHAMOU estime habituelle mais qui semble en fait très rare,
- Un épanchement pleural gauche, le plus souvent hémorragique,
- Un oedème des membres inférieurs,
- Des adénopathies,
- Une hématémèse (cas exceptionnel de HERVENVAL dans lequel existait une hypertension portale vérifiée manométriquement),
- Une occlusion intestinale par compression (HOUCKE),
- Une rupture de rate qui est tout à fait exceptionnelle; en fait OLMER et MURATORE ne la retrouvent dans aucune de leurs observations ou de celles qu'ils ont pu consulter

-o-o-
o

## DIAGNOSTIC

Le diagnostic de RETICULO-SARCOME de la RATE est difficile et repose essentiellement sur la constatation de la splénomégalie et surtout sur la ponction splénique qui permet l'examen histologique.

En ce qui concerne notre observation, les arguments cliniques furent essentiels pour le diagnostic. On retrouve la douleur de l'hypocondre gauche irradiant dans l'épaule gauche; la présence de la splénomégalie dont l'allure rapidement évolutive n'excluait peut-être pas un début plus ancien signalé par de nombreux auteurs.

Mais de toute façon, on ne trouvait pas à cette splénomégalie de caractère propre permettant d'évoquer le RETICULO-SARCOME de la RATE.

La tumeur comme il est habituel survenait sur un sujet d'âge moyen.

L'altération de l'état général, la pâleur, la fébricule sont des signes fréquents, mais n'ont pas de valeur spécifique.

Les multiples examens radiologiques que nous avons fait subir à notre malade ne constituaient pas en définitive des arguments de certitude quant à la localisation exacte de la tumeur; la queue du pancréas, le péritoine, le tissu rétro-

péritonéal, le rein, pouvaient aussi bien lui donner origine.

On peut citer à ce propos, l'observation de RUBENS-DUVAL et PESTEL, dans laquelle ils ont cru à une tumeur maligne de la rate, ce que semblait confirmer le résultat de la ponction splénique en montrant des cellules à caractère tumoral. L'intervention ne s'étant bornée qu'à une simple exploration du fait du blocage de la tumeur dans l'hypocondre gauche par de larges adhérences charnues saignant à la moindre tentative de clivage, les opérateurs se contentèrent de faire une biopsie de la tumeur qui donna les mêmes résultats histologiques que la ponction. Le diagnostic ne fut redressé qu'à l'autopsie qui montrait en fait un réticulo-sarcome péritonéal développé aux dépens de la séreuse périsplénique, dont l'examen histologique confirma l'intégrité. La capsule et le parenchyme splénique n'étaient pas envahis par le néoplasme.

-o-o-
o

## DIAGNOSTIC DE SPLENOMEGALIE

Avant de parler de splénomégalie, il faut éliminer toutes les autres tumeurs de l'hypocondre gauche.

- Le gros rein gauche

. typiquement plus profond, plus interne, plus bas situé; barré par une sonorité prétumorale; il donne le contact lombaire.

Mais ces caractères sont contingents, rendant l'examen radiologique nécessaire:

. urographie intra veineuse

. Radiographiæs digestives qui montrent un refoulement gastrique en haut et en avant, une ouverture de l'angle colique gauche.

. Retro pneumo-péritoine.

- Le pseudo-kyste de la queue du pancréas est également de diagnostic délicat. On ne saurait s'appuyer sur la notion de crises douloureuses antérieures; d'où, l'intérêt des stratigraphies avec pneumo-péritoine.

- L'hypertrophie du lobe gauche du foie est également de diagnostic délicat, d'autant qu'une splénomégalie peut être associée. Les radios gastriques seront d'un bon appui.

- Les tumeurs digestives: gastriques et coliques gauches sont facilement reconnues par les examens radiographiques.

- Pour les kystes du Mésentère, le diagnostic n'est souvent fait qu'à la laparoscopie ou à l'intervention.

Actuellement on dispose d'un examen qui permet d'affirmer ou d'éliminer la nature splénique d'une masse de l'hypocondre gauche: la Scintillographie splénique.

-o-o-

o

## LES SPLENOMEGALIES D'AUTRE NATURE

Si l'on est parvenu à établir la nature splénique de la tumeur, ce qui, comme nous venons de le voir comporte nombre de difficultés, il reste évidemment à éliminer toutes les autres causes de splénomégalies.

Il est un diagnostic très fréquent qu'il faut d'abord éliminer: le PALUDISME.

On se trouve en présence d'une splénomégalie, et la palpation de l'hypocondre gauche révèle une rate fibreuse, l'épreuve à l'adrénaline est positive, son volume ne traduisant qu'une hyperplasie du Système Réticulo-Endothélial. Mais on sait que l'épreuve de splénocontraction à l'adrénaline ne saurait à elle seule constituer un argument diagnostique fondamental pour affirmer ou infirmer le diagnostic de Sarcome de la rate.

Des sujets plus ou moins anémiés, ayant vécu longtemps en pays palustre et constamment soumis à des réinfestations, sont évidemment très suspects de Paludisme et leur splénomégalie étiquetée "grosse rate Paludéenne"; mais CAROLI signale le cas d'un Nord Africain ayant longtemps vécu en région impaludée et chez qui le diagnostic de "splénomégalie algérienne" avait été évoquée dans un premier temps, puis redressé après scintillogramme à l'or colloïdal

marqué et intervention.

Il faut également tenir compte du facteur favorisant que constituerait le Paludisme, puisque SMITH et RUSK retrouvent 13% de Paludisme dans les antécédents de malades atteints de Sarcomes de la rate. Ainsi, même la découverte du Plasmodium sur la "goutte épaisse", ne pourrait faire rejeter formellement le diagnostic de Sarcome de la rate, et nous voyons qu'en définitive, seul l'examen histologique permet de conclure.

On doit également éliminer la grosse rate du KALA-AZAR, d'évolution très rapide, l'augmentation se faisant de semaine en semaine, ou de mois en mois; mais BENHAMOU signale aussi l'évolution "agressive" des Sarcomes de la rate que l'on retrouve dans certains cas.

Il s'agit de sujets du Bassin Méditerrannéen chez lesquels on retrouve la Leishmanie, BENHAMOU a là aussi signalé la fréquence des Sarcomes de la rate en Afrique du Nord.

La température oscillante au long cours ne peut non plus être un argument en faveur de l'une ou l'autre des deux maladies. La leucopénie doit orienter vers le Kala-Azar, mais on a signalé des formes neutropéniques de Sarcomes spléniques.

En présence d'une splénomégalie chez un tuberculeux ou un malade ayant des antécédents bacil-

laires, le diagnostic de TUBERCULOSE SPLENIQUE est évoqué; mais il faut rappeler la cause favorisante de Réticulo-sarcome de la rate que constitue, d'après certains auteurs, la Tuberculose.
Le diagnostic peut être hésitant cliniquement, car on se trouve devant des sujets qui présentent une splénomégalie sensible à la palpation, une altération de l'état général avec fièvre, asthénie, amaigrissement, une anémie. Les examens para-cliniques font là encore facilement la preuve de la nature de la splénomégalie. Il faut également éliminer l'abcès froid splénique où la splénomégalie irrégulière et bosselée est douloureuse.

La LEUCEMIE MYELOIDE CHRONIQUE est à évoquer systématiquement devant une énorme splénomégalie. A part les rares formes aleucémiques de la maladie où la ponction splénique est nécessaire, le diagnostic est le plus souvent porté à la seule numération-formule sanguine qui montre l'existence d'une leucocytose énorme, bigarrée, portant sur les éléments granuleux jeunes sans hiatus leucémique.

Si dans les cas typiques, le KYSTE HYDATIQUE de la rate, facilement évoqué sur les examens radiologiques et biologiques ne pose pas de problème, il est nécessaire de souligner les cas où le diagnostic demeure hésitant, même lorsque les réactions de WEINBERG et CASONI sont négatives; on n'est pas

autorisé à éliminer de façon formelle le Kyste hydatique. La ponction splénique, principal argument diagnostique de Sarcome de la rate ne peut être pratiquée.

Il en a été ainsi pour notre malade chez qui nous n'avions pas pratiqué cet examen en raison du risque d'hydatidose splénique.

Il faut encore éliminer une maladie de HODGKIN à forme splénique; la découverte d'adénopathies, de la cellule de STERNBERG ne laisseront pas de doute au diagnostic.

La Splénoportographie et le contrôle des varices oesophagiennes permettront d'écarter la splénomégalie d'une hypertension portale.

Il est encore quelques diagnostics exceptionnels à éliminer en présence d'une grosse rate: une Sphérocytose, une dyslipoïdose, une amylose splénique, une hémoglobinopathie héréditaire.

En fait, si l'on n'est pas parvenu à établir de façon formelle la preuve d'une de ces étiologies, il faut considérer cette formation comme une tumeur primitive de la rate, bénigne ou plus probablement maligne; l'étiologie restant incertaine, une laparotomie exploratrice est toujours justifiée et légitime.

-o-o-

o

## EVOLUTION PRONOSTIC

L'évolution spontanée des RETICULO-SARCOMES de la RATE, semble beaucoup plus lente qu'on ne pourrait s'y attendre pour de telles tumeurs.

BENHAMOU et LAFFARGUE ont cité le cas d'un malade qui présentait après neuf ans d'évolution une splénomégalie et une fébricule, mais aucune altération de l'état général.

GELIN, GEORGEL et TORNER ont rapporté le cas de leur malade qui souffrait de douleurs de l'hypocondre gauche depuis plus de dix ans.

Des clichés gastriques pratiqués chez notre malade cinq ans avant son hospitalisation avaient montré une compression extrinsèque de la grande courbure, et une splénomégalie.

GELIN, GEORGEL et TORNER ont souligné l'évolution particulière du Sarcome splénique qui dans leur observation avait progressé très lentement pendant de nombreuses années, puis avait brusquement "changé de vitesse".

Après splenectomie, les métastases ou la récidive locale surviennent souvent dans un délai assez court. BENHAMOU a cependant rapporté le cas d'un malade qui, quelques mois après l'intervention,

avait grossi de douze kilos et avait repris un métier actif.

HOUKE rapporte également le cas d'une femme de 39 ans qui put, après splénectomie pour Sarcome, mener à bien une grossesse, et accoucher d'un enfant bien portant.

SMITH et RUSK trouvent pour un cas, une survie de 9 ans.

HAUSSMANN et GAARDE dans une statistique faite sur 45 cas de 1923 à 1940, relèvent 12 survies pendant une période allant de trente mois à huit ans.

OLMER et MURATORE qui ont recueilli 11 cas depuis 1953, pensent que la splénectomie semble capable de déterminer des survies prolongées.
Ainsi, sur 9 malades splenectomisés:

- 3 eurent une survie inférieure à 2 ans
- Dans un cas, la mort survint après 19 mois, dans des circonstances inconnues.
- Dans 4 cas, la survie fut supérieure à 2 ans:( 6 ans ½ pour une malade, dans ce cas l'évolution avait été écourtée par une septicémie à pneumocoque. Une malade succomba 3 ans après splenectomie dans un tableau d'urémie. Deux malades sont en vie, 7 ans et 11 ans après splénectomie).
- La dernière malade splénectomisée était encore en vie quinze mois après l'intervention.

Les conclusions d'OLMER et MURATORE sont formelles: " de tels résultats, ne sauraient que nous encourager à soumettre aux chirurgiens les rates isolées qui ne font pas leur preuve".

On sait cependant que les métastases et la récidive locale sont la règle, mais cette lenteur relative d'évolution permet à BENHAMOU de classer les RETICULO-SARCOMES de la RATE dans la catégorie des "bons cancers"; ce fait est d'autant plus surprenant qu'il s'agit de Sarcomes.

- -o-
o

## TRAITEMENT

Le traitement des RETICULO-SARCOMES de la RATE repose essentiellement sur la splénectomie, plus accessoirement sur la radiothérapie, la corticothérapie, et les cytostatiques.

La SPLENECTOMIE est sans conteste la seule thérapeutique actuelle qui permette des survies prolongées. Elle doit être précoce, et doit primer sur les autres traitements lorsqu'il n'y a pas de métastases cliniquement décelables.

Rarement elle s'avère impossible après ouverture de la cavité abdominale, quand existent des adhérences néoplasiques serrées avec les organes de voisinage; sur 11 observations, OLMER et CURATORE retrouvent pourtant deux fois cette éventualité.

Dans un cas, il s'agissait d'un Réticulo-lymphoblastome à forme nécrosante, et il existait des adhérences tumorales au diaphragme, à l'estomac et à l'épiploon.

Dans un autre cas de Réticulo-Sarcome, il y avait un envahissement du foie, des ganglions pancréatiques et des ganglions inguinaux périphériques.

Dans le cas de CAROLI, la splénectomie fut pratiquée malgré une adhérence qui obligea le chirurgien à réséquer une grande partie du segment gauche de

l'estomac le long de la grande courbure.

L'extirpation de la rate doit s'accompagner d'une exploration du hile et des territoires ganglionnaires sous-diaphragmatiques, de même que d'un examen du foie.

Dans l'observation de DOGLIONI, rapportée par OLMER et PURATORE, la splénectomie dût s'accompagner d'une résection du lobe gauche du foie qui était envahi par le processus néoplasique. Le malade reçut en outre une radiothérapie de complement pour un nodule néoplasique qui existait dans le lobe droit.

Malgré ces conditions défavorables, il était encore en parfaite santé sept ans après l'intervention.

En dehors de ces difficultés opératoires, il faut insister sur le risque de complications infectieuses post-opératoires qui semblent inhérentes à la splénectomie, et sur l'éventualité desquelles on a récemment attiré l'attention.

Trois complications ont émaillé l'évolution post-operatoire de notre malade :

- Un ictère hémolytique, vraisemblablement transfusionnel survenu au décours de l'intervention;

- Une escarre sacrée apparue le soir même de l'intervention sans que le décubitus latéral opératoire puisse être mis en cause.

- Un syndrome fébrile irrégulier, marqué par une hyperthermie post-opératoire à 40° avec chute tensionnelle (10/8 le soir de l'opération, 8/6 le lendemain). Cette fièvre brutale fut suivie d'une défervescence à partir de la quarante huitième heure.

Le sixième jour, apparut une nouvelle poussée hyperthermique à 40°, oscillante avec frissons intenses et répétés. Il s'agissait d'une septicémie à Protéus. Ce germe était retrouvé le septième jour dans le sang, dans les urines et dans l'escarre. (Fait important, des prélèvements effectués par le drain de la loge splénique étaient stériles).
Un antibiogramme avait montré la sensibilité de ce germe à la Néomycine et à la Kanamycine. L'association Penicilline-Streptomycine, puis la Flabelline étaient restées inefficaces; le recours aux antibiotiques préférentiels, associés au Cortancyl et aux perfusions améliora rapidement l'état de notre malade qui redevint apyrétique le quatorzième jour.

Au terme de cette évolution mouvementée, notre malade était en bon état général, et avait grossi de 5 kilos.

Le 10 Août 1961, une crise dyspnéique inaugure la récidive néoplasique. Les douleurs du début réapparaissent. Des tuméfactions élastiques sous-cutanées se forment sur la cicatrice et dans les

espaces intercostaux sus-jacents. La base gauche devient opaque de façon non homogène. La ponction reste blanche. L'état général s'altère. Il n'y a pas de fièvre. La vitesse de sédimentation est accélérée. Les gamma-globulines sont élevées. La radiothérapie et les corticoïdes sont inéfficaces.

Le malade meurt dans un tableau d'insuffisance respiratoire hyperthermique le 14 Octobre 1961, soit moins de quatre mois après l'intervention.

Chez notre malade, le pronostic post-opératoire immédiat fut dominé par la septicémie à Proteus. Cette septicémie qui évolua du 6ème au 14ème jour s'inscrit parmi les infections graves après splénectomie, de connaissance récente.

Ces septicémies ont été observées chez l'enfant par presque tous les auteurs. Le rôle favorisant de la splenectomie est discuté par certains. (LASKI trouve la même fréquence chez l'enfant après splénectomie et appendicectomie. DOAN sur mille splénectomies chez l'enfant et l'adulte ne retrouve aucune affection grave).

Ces infections pourtant authentiques sont de mécanisme mystérieux. Les germes responsables sont par ordre de fréquence : le Colibacille, le Pneumocoque, le Méningocoque.

Ces complications sont en tous cas rares chez l'adulte: une fois sur 225 contre 14 sur 50 chez l'enfant dans la statistique de SMITH.
Dans un des cas d'OLMER et MURATORE, le décès survint 6 ans 1/2 après splénectomie et était dû à une septicémie à pneumocoque.

Dans notre observation, deux faits remarquables attiraient l'attention: le taux élevé des gamma-globulines déjà signalé par OLMER et MURATORE, et surtout la stérilité de la loge splénique; ainsi l'infection locale n'était pas à l'origine de la septicémie. Il semble que le point de départ de cette septicémie ait été l'escarre sacrée, la splénectomie jouant seulement un rôle favorisant.

Le pronostic ultérieur malgré l'intégrité du foie et des ganglions devait être réservé d'emblée étant donné l'extension locale de la tumeur à la queue du pancréas et à la surrénale gauche. Un autre élément péjoratif était constitué par le caractère macronodulaire de la tumeur.

La récidive a été précoce, marquée d'abord par l'hyper alpha-2 globulinémie et par la réapparition de l'éosinophilie, ces signes biologiques devançaient les signes cliniques de récidive.
Cette récidive est un mode évolutif un peu moins fréquent que les métastases (risque de 0,34 contre

0,48 dans la statistique de LAZARUS et MARKS).

LA RADIOTHERAPIE peut être utilisée dans deux cas :

- Lorsque la splénectomie est impossible contre-indiquée ou refusée;

- Après exérèse de la tumeur splénique.

Lorsque la splénectomie est inutile du fait de l'existence de métastases viscérales importantes, ou refusée par le malade, la radiothérapie peut procurer des survies appréciables.

BENHAMOU et LAFFARGUE rapportent un cas où la radiothérapie splénique entraîna une rémission de deux ans.

CROIZAT a obtenu une survie de quatre ans, au terme desquels existait une énorme splénomégalie.

OLIVER et MURATORE pour leurs deux premiers malades avaient initialement employé la radiothérapie. Ce traitement avait entraîné une disparition de la tumeur splénique qui s'était maintenue respectivement 4 mois et un an; la réapparition de la splénomégalie avait alors décidé de l'exérèse.

Pour BENHAMOU et LAFFARGUE, l'existence d'une lame d'ascite ne constitue pas une contre-indication.

Après l'éxérèse de la rate tumorale, l'irradiation de la loge splénique est pratiquée de façon systématique par de nombreux auteurs, bien que l'on connaisse la moins grande radiosensibilité du Réticulo-Sarcome.
La radiothérapie faite chez notre malade et qui a suivi l'intervention chirurgicale n'a pas modifié l'évolution.

La CORTICOTHERAPIE employée par OLMER et MURATORE a permis à ces auteurs d'obtenir des régressions très importantes de la tumeur dans trois de leurs observations. La Corticothérapie ne doit cependant pas être considérée comme un traitement curatif, car les résultats sont incomplets et peu durables. La fonte tumorale qu'elle peut déterminer n'est pas un argument en faveur de la malignité.
Dans notre cas, la corticothérapie a été sans effet sur l'évolution terminale.

-o-o-
o

## CONCLUSIONS

1°/ Les RETICULO-SARCOMES de la RATE, affections rares, ont vu leur fréquence augmenter ces dernières années, et ceci du fait de leur meilleure connaissance clinique et de la multiplication des moyens para-cliniques dont on dispose pour en faire un diagnostic de certitude.

2°/ A côté du facteur géographique (pays méditerrannéens) d'autres causes favorisantes furent tour à tour invoquées par les différents auteurs: théorie infectieuse, Syphilis et Tuberculose spléniques, Paludisme surtout, traumatismes de l'hypocondre gauche.

Le RETICULO-SARCOME de la RATE survient dans la plupart des cas à partir de la quarantaine, il est rare aux âges extrêmes de la vie.

Les statistiques concernant la prédominance de l'atteinte d'un sexe sont contradictoires, et il semble bien qu'il n'y ait pas d'atteinte élective de l'un ou de l'autre des deux sexes.

Pour expliquer cette rareté, certains auteurs ont invoqué divers arguments expérimentaux montrant que la rate saine s'oppose à la greffe d'éléments néoplasiques.

3°/ La symptomatologie du RETICULO-SARCOME de la RATE, identique à celle des autres tumeurs malignes primitives de la rate, se résume à une splénomégalie douloureuse et fébrile avec altération de l'état général.

Les caractères cliniques de cette splénomégalie, souvent énorme sont variables: parfois irrégulière, bosselée; ailleurs régulière. Le caractère évolutif "agressif" de cette rate qui augmente rapidement de volume peut être plus suggestif.

Cette rate est fréquemment douloureuse spontanément et à la palpation de l'hypocondre gauche.

L'altération de l'état général est en règle modérée: pâleur, asthénie, amaigrissement, fébricule.

4°/ Parmi les examens para-cliniques nécessaires au diagnostic, on doit retenir surtout:

- Les examens radiologiques avec tomographie qui, joints à la splénoportographie et à la scintillographie splénique font le diagnostic de rate tumorale;

- L'électrophorèse qui, en montrant une élévation des alpha-2 globulines pourrait parfois orienter le diagnostic;

- Essentiellement la Ponction splénique, qui en fournissant à l'anatomo-pathologiste un frag-

ment de tissu tumoral, détermine le diagnostic de certitude.

5°/ Des complications peuvent émailler l'évolution ou plus rarement révéler la maladie, qu'il s'agisse: d'ascite, d'épanchement pleural gauche, d'adénopathies, d'hématémèse, d'occlusion intestinale, de rupture de rate, en fait exceptionnelle.

6°/ L'évolution spontanée de ces tumeurs spléniques est relativement lente pour des sarcomes; le pronostic étant parfois fonction de l'aspect macroscopique de la pièce.

Mises à part les complications infectieuses en rapport avec la splénectomie et décrites récemment, qui peuvent marquer la période post-opératoire, le pronostic est nettement amélioré après exérèse de la tumeur et les survies plus longues ainsi que l'ont montré des études statistiques.

7°/ Le diagnostic se pose d'abord avec toutes les autres tumeurs de l'hypocondre gauche. Une fois établie la nature splénique de la masse, on doit éliminer toutes les autres affections capables de déterminer de telles splénomégalies: Leucose myéloïde chronique, Tuberculose splénique, Paludisme, Kala-Azar, kyste hydatique de la rate, bilharziose splenique....

Une fois de plus, l'examen anatomo-pathologique permet devant cette rate tumorale d'éliminer les tumeurs bénignes et les autres tumeurs malignes de la rate, et de donner le diagnostic de RETICULO-SARCOME de la RATE.

8°/ Le seul traitement satisfaisant actuellement est l'intervention chirurgicale précoce celle-ci se résumant à une splénectomie parfois élargie à cause de l'envahissement néoplasique.
Il semble plus prudent de pratiquer une radiothérapie abdominale profonde après cette exérèse pour avoir plus de chances de stériliser la région, bien qu'il s'agisse de Réticulo-Sarcome, qui du fait de sa nature histologique est peu radiosensible.

-x-x-x-
x

VU le Doyen:

G. BROUET

VU le Président:

M. BARIETY

VU

et permis d'imprimer

le Recteur

de l'Académie de Paris:

J. ROCHE

# BIBLIOGRAPHIE


ADAMS : Retothlsarkom der milz. Beitr. Klin. Chir., 1954, 188,80

ALFANO C. et Coll. : Splenopati chirurgiche (considerazioni su 120 casi operati). Rass. Int. Ter., 1959, 39,49

ANDERSON W.A.D. : Traité d'Anatomie Pathologique. S.E.U., Rome., 1956

ANDRE M., DESTOMBES P., CORNET L. : Lymphosarcome primitif de la Rate au Viet-Nam. Presse Médicale 5 octobre 1955, 63, N°66, 1314-1315

ARESU P. et Coll. : Sul Reticolosarcoma primitivo della Milza. Riv. Anat. Pat. Oncol., 1956, 10, 889

BALICE G. : I Sarcomi della Milza : a proposito di un Reticolosarcoma massiccio a rapido decorso. Gior. It. chir. 1946, 2,481

BENHAMOU Ed. : Les Tumeurs malignes de la Rate. Traité de Médecine, Masson, édit. 1949. T.XII. 533-43

BENHAMOU Ed. et LAFFARGUE P. : Les Sarcomes de la Rate : à propos de 9 cas récents. Presse Médicale. 20 juillet 1946, N°34, 485 - 486.

BENHAMOU Ed. et LAFFARGUE P. : Les aspects anatomo-pathologiques des Sarcomes de la Rate. Bull. du Cancer 1950, 37, 207 - 229.

BERNARD J. : Maladies du sang. Flammarion éditeur.

BLINI V. et Coll. : Splenectomia per tumore primitivo della Milza. Min. Chir. 1961. 16,818.

BOSTIK W.L. : Primary splenic neoplasms . Am. J. Path 1945, 21,1143 - 1165.

BOUSSER J. et ROY Jl : Les indications de la splénectomie. Gaz. Méd. de France, 10 avril 1959, 66, 591-596.

BUONOMO LA. ROSSA B. : Reticolo-endoteliosi splenica isolata Rif. Med, 1957. 71, 552.

BROCQ, MOLLARET P. et SAKKAAMINI. : Un cas de Sarcome primitif de la Rate. Mem. Ac. Chir. nov 1959, 81, 865 - 870.

BUSINCO A. : I Tumori del Sistema Reticolo Endoteliale. Capelli Ed. 1949.

CAZAL P. : Tumeurs de la Rate. E.M.C, organes hématopoïétiques. Fasc. 13047 avril 1953

CERRA R. et Coll. : Su un caso di reticolo sarcoma primitivo della milza. Boll. Int. Clin. Ter. - 43., 30 novembre 1963, 1208 - 1220.

CAROLI : Première observation de tumeur primitive de la Rate diagnostiquée grâce au scintillogramme splénique à l'or marqué. Rev. méd-chir. Bal. Pato. février 1961, 56, N° 1, 1 - 8.

CORTI L. , ROMUALDI G. : Aspetti clinici ed istopatologici di uno reticolosarcoma a decorso eccezionalmente protratto. Arch. E. Maragliano, 1950, 5, 547.

CROIZAT P. et Coll. : A propos de 6 cas de Réticulo-Sarcome de la Rate. Lyon Médical, 27 Janvier 1952, 84, n° 4, 53 - 59.

DELANNOY et Coll. : Deux cas de Sarcomes de la rate. Arch. Mal. App. Dig. et Mal. Nutr. janv. Févr. 1959. 48, 98.

DE LONG R.P., CONIAN D. Relative susceptibility of various organs to tumor transplantation. Canc. Res, 1950, 10, 513.

DE BLASI A. : Indicazioni alla spenectomia in 121 operati. Arch. Atti Soc. It. chir, 1954. 2, 97.

DE GAETANI G. : Per una più chiara classificazione dei tumori mesenchimali. Importanza del mesenchima. Art .It. An. Ist. Pat, 1949. 22, 391.

DE PLATO : Spenectomia per tumore primitivo maligno della milza. Arch. Atti. Soc. It. Chir. Roma, 1954, 56° Congr.

DOGLIONI : I Sarcomi primitivi della milza. Riv. Anat. Pat. Onc., 1954, 8, 643.

DUCHEMIN : Sarcome primitif de la Rate. Paris 1920. Thèse 149.

FOIX Ch. - ROBINEAU A. : Contribution à l'étude du Sarcome primitif de la Rate. A propos d'une forme spéciale : le réticulo-splénome nodulaire. Arch. Med. Exp. et Anat. Path. 1912, 24, 110 - 160.

FONTANA M. : Contributo anatomo-clinico alla conoscenza del reticolo-sarcoma primitivo della milza. Patologica, 1943, 1, 33.

FREGOLA E. PAVONE M. : Sulle neoplasie reticolo-endoteliali splèniche. Org. It. Chir. 1961, 5, 933.

FRUHLING L. et DELAGE J. : Le splénome malin ou sarcome lymphoblastique splénadénoïde. Ann. Anat. Path, juill-sept. 1960, 5, N° 3, 352 - 362.

GALLI T., GUERRA L. : Su di un raro caso di reticolo sarcoma della milza. Arch. De Vecchi Anat. Pat. nov. 1962, 37, 799 - 808.

GELIN G. : La Rate et ses maladies. Masson Edit. Paris 1954, 204 - 211.

GELIN G. et FLORES R. : Les tumeurs primitives de la Rate. Le Sang, 1953, N° 1, 77 - 95.

GELIN G. , GEORGEL H. et TORNER M. : Réticulo-Sarcome de le Rate. Presse Médic. 20 mars 1952. N°21, 447 -449.

GERUNDO M. MILLER M.B. : Reticulum - cell sarcoma of the spleen. Am. J. Canc. 35. 1939, 528.

GORDON J D et PALEY R H. Primary malignant tumors of the spleen. Surg. 1951, 29, 907 - 913.

GREY et FONTAINE : Réticulo-Sarcome de la Rate. Chir. 1944, Tome 6. , 629 - 646.

GUYOT et JEANNEY : Importance le l'extirpation précoce du lymphosarcome. Méd. de Bordeaux. , 1922, 607.

HAUSSMANN et GAARDE : Malignant tumors of the spleen. Surg. 1943, 14, 246 - 255.

HERVENVAL R. et Coll. : Symptomatologie bantienne d'un réticulo-sarcome splénique. Rev. Méd. Nancy. juill. 1956, N° 7, 632 - 635.

HOUCKE et FONTAN : Les Rates tumorales et pseudo-tumorales. Brux. Méd. 2 mai 1948, 28, 903-918.

HOUKE E. et FONTAN M. : Thrombo-phlébite intra-splénique et Rate pseudo-tumorale. Lille Médical 1957, 2, N° 1, 41 - 43.

HOUKE E. , RENARD V. , et HONOREZ P. : Sarcome de la Rate. Rev. Méd. Chir, Mal. Foie, Pancréas, Rate, 1945, 18, 137 - 143.

KASTL : Hémorragie endothelioma with diffuse involvement of spleen and bones. Ann. of Surg. avril 1951, vol. 133, N° 4, 561 - 564.

KAYABALI I. : Tumeurs malignes de la Rate ; à propos de 7 cas récents dont 2 métastatiques. Lyon. Chir, 58, 148, 1962.

KRUMBHAAR : Néoplasmes spléniques. Ann. Clin. Méd. 1926, 5, 833.

LAFORET E.G. : Primary Sarcoma of the spleen. Report of a case with fatal spontaneous rupture. Am. J. Clin. Path. 22, 55, 1952.

LANGENSTRASS et Coll. : Reticulo-endothelio-sarcome de la rate. Arch. Path., 20, 752, 1935.

LASKI : Incidence of infection in children after splenectomy. J. of Pediatrics 1959, 24, 523.

LAZARUS J.A. et MARKS. M.S: Primary malignant tumors of the spleen with special reference to endothelioma. Am. J. Surg. avril 1956, 71, N° 4, 479-490.

LERBOULET : Tumeurs de la Rate. E. M. C. 1950. 13047 E. , 1 - 6.

LOIACONO F. et Coll. : Considerazioni su un caso di reticolosarcoma della milza. Minerva Medica. 54 : 3441-3444. 10 nov. 1963.

LOMBROSO C., SALMONI R. : Sarcoma primitivo della milza proliferato nella loggia splenica. Gass. Int. Med. Chir., 57, 36, 1953.

LUBARSH. : Sarcomes de la rate. Handb. der spez. Anat. Hist. Berlin, Springer, 1927.

LUCREZI G. , COLUCCI C. : Su un caso di Reticolosarcoma primitivo della milza con iperplasia midollare megacariocitica. Rif. Med, 68, 57, 1953.

MANCUSI - MATERI G. : Reticolosarcoma primitivo della milza. Giorn. Ital. Chir. , 11 janvier 1955., 24-34.

MARIN L.A. et Coll. : Considerazioni su due casi di Tumore della milza. Min. Chir. , 14, 86-89, 1959.

MONNET : Influence favorisant les infections de la splenectomie dans l'enfance. J. Méd. Lyon, 5 juin 1960, 727 - 736.

OLMER J. et MURATORE R. : A propos de huit observations de Sarcomes de la Rate. Le Sang, 1960, N° 1,29-48.

OLMER J. et MURATORE R. : Sarcomes de la Rate. (A propos de 11 cas). Marseille Médical, 101 : 233-236,1964

OLMER J. et MURATORE R. : Splenectomie d'un Sarcome de la Rate. Hémostase 4 : 191-3. Avril-juin 1964.

PATEL J. : Chirurgie de la Rate. Masson Edit. 1955.

PAYET C. : Reticolosarcoma primitivo del Bazo. Acta Cancer (Lima) 3 avril 1962, 18-27.

POULET J. et Coll. : Réticulo-Sarcome de la Rate traité par splénectomie compliquée de septicemie à proteus et de récidive mortelle. Presse Médicale 25 juin 1962, 23, 1075-1076.

POULET J. et COURY C. : Les Réticulo-Sarcomes de la Rate. Médecine d'Afrique Noire février 1964, N° 2, 57- 60.

ROTTIER E. et Coll. : Reticolosarcoma primitivo del Bazo. Rev. Asoc. Med. Argent. 1948, LXII. N° 621, 18.

RUBENS-DUVAL A. et PESTEL M. : Les surprises du diagnostic d'une splénomégalie. Sem. Hôp. 1947, 23, 1075 - 1076.

SABRAZES J. et DUPERIE : Réticulo-Endothélio-Sarcome de la Rate. Bull. de l'Assoc. d'Anat. 1929, 18, 454 - 464.

SANSONE G. : Sarcoma primitivo della milza. Min. Ped., 5, 587, 1953.

SMITH et RUSK. : Sarcoma of the spleen. Arch. Surg.; 7, 371, 1923.

STEVENIN M. et Coll. : Le Réticulo-Sarcome de la Rate. Presse Médicale 9 mars 1935, 43, N° 20, 382 -384.

STORY et GIBB. : Sarcoma of the Spleen. Brit. Med. Journ, 10 mai 1952, 990 - 992.

SWINGHE et Coll. : Sarcome et rate : Lille Chirurgical. janvier - février 1949, 1, N° 19, 38 - 40.

TADDEI. G. : Sarcomi della milza, su un caso di reticolosarcoma splenico. La Clinica, 1953, 14, 4.

TANTUCCI M. , DI GRAZIA G. : Contributo alla conoscensa del reticolosarcoma della milza. Ann. It. chir., 1961, 38, 581.

TAPIE J et Coll. : Thrombo-phlébite à évolution gangréneuse au cours d'un sarcome lymphocytique de la rate. Bull. Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris. 25 mai 1956, 72, 511 -515.

TUGAN N.A. et SALLEBY G.W. : Primary Reticulum-Cell Sarcoma of the Spleen. Report of a case presenting as a cyst. Radiology 1959, 72, (6), 37 - 47.

WEIL P.E. et CHEVALLIER P. : Maladie du sang et des organes hematopoïetiques Path. Méd.

SAROUY : Sarcomatose splénique et ganglionnaire chez un paludéen. Soc. Méd. Hôp. Paris., mai 1959, 685 - 690.

BOUSSER : Diagnostic d'une splénonégalie dans la médecine courante. Presse Méd. 19 sept. 1964.

o-o-o

# S O M M A I R E


| | Page |
|---|---|
| GENERALITES | 1 |
| HISTORIQUE | 2 |
| CLASSIFICATION | 3 |
| ANATOMIE PATHOLOGIQUE | 5 |
| OBSERVATION PERSONNELLE | 11 |
| ETIOLOGIE | 17 |
| SYMPTOMATOLOGIE | 22 |
| EXAMENS PARA-CLINIQUES | 25 |
| COMPLICATIONS | 31 |
| DIAGNOSTIC | 32 |
| EVOLUTION - PRONOSTIC | 40 |
| TRAITEMENT | 43 |
| CONCLUSIONS | 50 |
| BIBLIOGRAPHIE | I |